

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

El duelo perinatal tras una Interrupción Voluntaria del Embarazo

Ainhoa Olondriz Narvaez

Director/a

Ana Isabel Lerma Cabornero

Pamplona

Mayo, 2023

Resumen

El duelo perinatal se da ante la pérdida de un hijo no nacido o con pocos días de vida. Cuando una mujer decide interrumpir voluntariamente su embarazo también se da un proceso de adaptación ante este evento, el cual es socialmente desconocido y desautorizado. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar las características del proceso de duelo perinatal tras una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), así como los factores que modulan el impacto psicológico de este tipo de pérdida. Para ello se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos “PubMed”, “PsycInfo” y “Scopus”. Tras la búsqueda, se incluyeron un total de 16 artículos; 12 estudios cuantitativos y 4 cualitativos. De esta forma, se ha evidenciado que el duelo perinatal está caracterizado por síntomas como ansiedad, culpa, evitación y sintomatología depresiva y traumática. Además, el impacto psicológico de la IVE es muy variable, influyendo en este factores como sentir presión para realizar la IVE, sentir una conexión con el feto, falta de apoyo social y de pareja, un estado más avanzado del embarazo y sentimientos de culpa previamente a la intervención. Asimismo, el método mediante la IVE no se ha mostrado como un factor relevante en el posterior proceso de duelo. En cuanto a las diferencias con el aborto espontáneo, en ambos se da una disminución de la activación emocional en los días posteriores, sin embargo, en las IVEs la vergüenza, la culpa y la evitación perduran durante años.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo; Aborto inducido; Duelo perinatal; Pérdida perinatal; Ajuste psicológico.

Número de palabras: 13.087

Abstract

Perinatal grief occurs after the loss of an unborn child or with few days of life. When a woman decides to voluntarily terminate her pregnancy, there is also a process of adaptation to this event, which is socially unknown and unauthorized. For this reason, the objective of this work is to analyze the characteristics of the perinatal grief process after a Voluntary Termination of Pregnancy (VTP), as well as the factors that modulate the psychological impact of this type of loss. For this, a bibliographic review was carried out in the "PubMed", "PsycInfo" and "Scopus" databases. After the research, a total of 16 articles were included; 12 quantitative and 4 qualitative studies. In this way, it has been shown that perinatal grief is characterized by symptoms such as anxiety, guilt, avoidance, and depressive and traumatic symptoms. In addition, the psychological impact of the VTP is highly variable and factors such as feeling pressure to perform the VTP, feeling a connection with the fetus, lack of social and partner support, a more advanced stage of pregnancy and feelings of guilt previously to the intervention affects to this process. Likewise, the VTP method has not been shown to be a relevant factor in the subsequent grief process. Regarding the differences with spontaneous abortion, in both there is a decrease in emotional arousal in the following days, however, in the VTP shame, guilt and avoidance persists during the years.

Keywords: Voluntary Termination of Pregnancy; Induced abortion; Perinatal grief, Perinatal loss; Psychological adjustment.

Number of words: 13.087

Tabla de Contenido

Índice de Figuras	6
Índice de Tablas	7
Glosario de Abreviaturas	8
Introducción.....	10
El duelo perinatal: un duelo particular.....	10
Tipos de pérdida perinatal.....	13
Síntomas del duelo perinatal.....	13
El proceso de duelo perinatal.....	14
La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).....	16
Método farmacológico o médico.....	18
Método instrumental o quirúrgico.....	19
Justificación.....	20
Objetivos.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Material y métodos.....	22
Bases de datos.....	22
Estrategia de búsqueda.....	22

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

Criterios de selección.....	24
Organización y análisis de la información.....	26
Resultados.....	27
Sintomatología que se experimentan tras una IVE.....	34
Factores que influyen en la elaboración del duelo tras una IVE.....	38
La influencia del método de la IVE en el duelo.....	41
El proceso de duelo: diferencias entre una IVE y el aborto espontáneo.....	43
Discusión.....	44
Discusión de los resultados.....	44
Limitaciones de la revisión.....	54
Fortalezas e implicaciones clínicas.....	56
Conclusiones.....	57
Referencias bibliográficas.....	59

Índice de Figuras

Figura 1. Métodos para la IVE.....	18
Figura 2. Diagrama de flujo.....	28

Índice de Tablas

Tabla 1. Sintomatología del duelo perinatal.....	14
Tabla 2. Palabras clave de búsqueda.....	23
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.....	24
Tabla 4. Descripción de los artículos seleccionados.....	30

Glosario de Abreviaturas

APA: American Psychological Association

APA: American Psychiatric Association

BDI: Beck Depression Inventory

BSI: Brief Symptom Inventory

CES-D: Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

IES: Impact of Event Scale

IES-R: Impact of Event Scale Revised

IPLQ: Institute for Pregnancy Loss Questionnaire

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

PGS: Perinatal Grief Scale

PDEQ: Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

PEL: Peritraumatic Emotions List

RQ: Cuestionario de Relación

SCL-90-r: Symptom Checklist- 90 revised

STAI: State Trait Anxiety Inventory

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

TGI: Texas Grief Inventor

Introducción

En la actualidad, las personas se ven reforzadas por mensajes positivos, hedónicos y utópicos que son socialmente compartidos. Estos mensajes, lejos de fomentar el bienestar de la población general, hacen que se tenga una menor tolerancia al malestar psicológico, así como al sufrimiento y a las emociones negativas que pueden aflorar en las personas como respuesta a una gran variedad de vivencias de la cotidianidad. El sufrimiento es inherente al ser humano a la vez que no deseado, y se tiende a evitar la experimentación de sentimientos negativos como la tristeza, la ira, la culpa, la melancolía o la frustración. Lo mismo ocurre a la hora de tener que hacer frente a un proceso de duelo, donde la persona debe transitar por una serie de emociones percibidas como desagradables, pero que sin embargo, son difícilmente evitables (González, 2018).

El duelo, lejos de ser algo anómalo, es una reacción normal ante la muerte de un ser querido, según el manual diagnóstico de la American Psychiatric Association (APA), el DSM-5 (2014). El duelo conlleva como parte de su reacción, síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, como sentimientos de tristeza, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso entre otros. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como “normal” y causado por la pérdida vivenciada (APA, 2014). Considerando el duelo desde un enfoque más global, puede definirse como el proceso de adaptación a una pérdida (Worden, 2010). De esta forma, se entiende que el duelo es un proceso universal, no obstante, puede variar en cada persona dependiendo de diferentes factores y mediadores del duelo (Worden, 2010). Esto implica que aspectos como la duración del duelo y el afrontamiento al mismo, puedan ser diferentes dependiendo del tipo de pérdida y de cómo esta se haya dado.

El Duelo Perinatal: un Duelo Particular

Dentro de los diferentes tipos de duelo, se encuentra el duelo perinatal, aquel que se da ante la pérdida de un hijo no nacido o con pocos días de vida (Centro ASV, 2022). Se

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

considera entonces, que el duelo perinatal es el proceso de adaptación que se da tras una pérdida perinatal. Cuando se produce una pérdida durante el embarazo, “la vida y la muerte caminan juntas” y debido al desconcierto que supone esta paradoja, los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio (López, 2011). Esto hace que el duelo perinatal sea un proceso que se transita en soledad y eso, junto a otras particularidades que presenta este duelo, hace que sea un duelo único y diferente a los demás, según afirman diversos autores (Oviedo, 2009; López, 2011; Fernández et al., 2012; Burden et al., 2016). Se considera que el duelo tras una pérdida perinatal está desautorizado, ya que se trata de una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, expresada en público o apoyada por la red social (López, 2011). Esto ocurre debido a la creencia de que la pérdida de un hijo que no ha nacido es menos importante que la de una persona con la que se ha convivido, negando el derecho al dolor que puede causar dicha experiencia (Centro ASV, 2022).

En la misma línea, la invisibilidad del duelo perinatal hace que se exija a los progenitores una pronta recuperación emocional, de manera que socialmente se niega el tiempo necesario a los progenitores para transitar por esta etapa (Álvarez et al., 2012). En el caso de las mujeres gestantes, cabe destacar los cambios hormonales, físicos y emocionales, los cuales influirán en su estado psicológico durante el puerperio (Álvarez et al., 2012). Por tanto, Burden et al. (2016) exponen que como consecuencia al escaso reconocimiento social de la pérdida perinatal, algunos progenitores sienten la necesidad de reprimir los sentimientos que afloran en el proceso de duelo, aumentando así el riesgo de padecer otros problemas psicológicos.

Otra de las particularidades que constituye al duelo perinatal es que se da un incremento de la sensación de irrealidad, dado que la relación con la persona que fallece no está basada en experiencias ni recuerdos, sino en un vínculo afectivo que se ha desarrollado

antes de establecer un contacto físico (Oviedo, 2009). Así pues, este duelo se elabora a partir de las expectativas y fantasías que los padres proyectaban en su futuro hijo o hija, idealizando en ocasiones el futuro que se iba a construir de forma conjunta (Mejías et al., 2019). Por tanto, tras la muerte perinatal sucede un doble duelo; el de la pérdida del bebé con el que se había comenzado a forjar un vínculo y la frustración de ver los planes de vida futuros truncados (Centro ASV, 2022).

Tipos De Pérdida Perinatal

La pérdida perinatal es la muerte del feto durante el embarazo o hasta las cuatro semanas posteriores al parto (Umamanita, 2020). Existen diversos términos para nombrar la muerte del feto, los cuáles varían dependiendo de la edad gestacional de este. Atendiendo a la clasificación de Lombardía y Fernández (2007) recomendada por la OMS, se distinguen tres términos principales. El aborto, hace referencia a la expulsión o extracción del feto o embrión menor de veintidós semanas o con menos de quinientos gramos, ya sea espontáneo o provocado. En segundo lugar está la muerte fetal, la cual hace referencia a la muerte que ocurre entre el periodo de la concepción hasta el nacimiento. Por último, se encuentra la muerte neonatal, la cual acontece entre el nacimiento del bebé hasta las primeras cuatro semanas de vida (veintiocho días).

Dada la relevancia que tiene en este trabajo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), siguiendo la clasificación de López (2011) se distinguen tres tipos. En primer lugar, se encuentra el aborto electivo o voluntario, el cual hace referencia a la terminación voluntaria del embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación (Rodríguez et al., 2013). Este tipo de pérdida puede poner en duda la existencia de un proceso de duelo, dado que es un acto voluntario que dará como resultado una pérdida esperada y aparentemente deseada por la mujer. Sin embargo, desde los primeros estudios hechos sobre

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

el duelo perinatal en este tipo de pérdidas, Peppers (1987, como se citó en López, 2011) evidenció que las puntuaciones de la respuesta de duelo tras un aborto voluntario eran similares a las de mujeres que habían tenido un aborto espontáneo, un mortinato o una muerte neonatal. Según varios autores, si en el resto de las pérdidas el duelo se da de manera silenciosa y oculta, el duelo perinatal en las IVEs el secretismo es aún mayor (López, 2011 y Aléx y Hammarström, 2004). Otro tipo de IVE es la conocida como IVE por problemas del feto o amenaza para la salud materna, denominado también aborto terapéutico. En último lugar, se encuentra la reducción selectiva en embarazos múltiples, la cual puede llevarse a cabo hasta la semana catorce de gestación.

En este punto cabe destacar que a pesar de que todo duelo perinatal se da tras una pérdida perinatal, será relevante atender las características de cada pérdida, ya que tal y como se ha podido ver, no todas se dan en las mismas circunstancias. Abordar estas diferencias y atender a cada tipo de pérdida contribuirá a la hora de poder ayudar a los progenitores a elaborar el duelo desde un abordaje psicológico (Kersting y Wagner, 2012).

Síntomas del Duelo Perinatal

Al hablar del duelo perinatal, no se habla únicamente de un sentimiento de pérdida, sino de un proceso de elaboración y aceptación en el que, de manera compleja, se suceden una serie de sentimientos que requieren un cierto tiempo para ser asimilados (Santos et al., 2015). Como cualquier tipo de duelo, el duelo perinatal es conformado por manifestaciones que según autores como Worden (2010) y Coleman et al. (2009), se dan tanto a nivel físico como emocional, conductual, cognitivo y espiritual. Por ello, la sintomatología es muy variada y afectará a los progenitores en las distintas dimensiones de su vida. Asimismo, cabe destacar que dada la amplitud del periodo de mortalidad perinatal, la intensidad y duración de los síntomas puede variar según la persona (Mejías et al., 2019). Atendiendo a los estudios de

Coleman et al. (2009) y Mejías et al. (2019), pueden distinguirse los siguientes síntomas propios del duelo perinatal, los cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Sintomatología del duelo perinatal

Manifestaciones	
Físicas	Falta de apetito, patrones de sueño alterados, sensación de vacío en el estómago, inquietud, falta de energía/ fatiga, debilidad, opresión en el pecho y dolor.
Emocionales	Tristeza/ depresión, culpa/ autoinculpación, rabia, ira, vulnerabilidad, sensación de vacío, ambivalencia afectiva en una nueva gestación, frustración, entumecimiento, ansiedad, miedos persistentes, nerviosismo, pesadillas, vergüenza, celos y envidia.
Conductuales	Evitación y aislamiento social, evitación de situaciones médicas, abuso de sustancias, evitación de mujeres embarazadas y bebés, deterioro del funcionamiento social y ocupacional.
Cognitivas psicológicas	o Rumiación con la pérdida, alucinaciones de llanto de bebé, movimiento fetal fantasma, pensamientos intrusivos sobre el feto, imágenes visuales del bebé, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, fantasías sobre el feto y disminución de la conciencia situacional.
Espirituales	Búsqueda de sentido, conciencia propia mortalidad, replanteamiento de creencias.

Nota. Adaptado de Coleman et al., 2009 y Mejías et al., 2019.

El Proceso de Duelo Perinatal

El duelo perinatal no es un evento, sino un viaje por el que se debe transitar (Williams et al., 2008). El duelo perinatal es considerado un proceso dinámico y cambiante, pudiéndose decir que hay tantos duelos como personas en el mundo, pues es variable de una persona a otra, entre familias, culturas, sociedades... (Santos et al., 2015). Dada la gran variabilidad entre personas en la manera de afrontar la pérdida perinatal, se puede considerar que el proceso de duelo tiene unos patrones generales, pero no universales, de respuesta a la pérdida (Santos et al., 2015).

Cuando se da una pérdida de cualquier tipo, ocurre la ruptura de un lazo afectivo. Bowlby ha explicado a través de su teoría del apego la tendencia de las personas a establecer fuertes lazos emocionales, así como las reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen (Worden, 2010). Es por ello, por lo que para la explicación del proceso de duelo perinatal va a tomarse como referencia las cuatro fases propuestas por Bowlby (1993).

La primera fase es la de choque o incredulidad, la cual se da en el primer momento después de la pérdida. En este punto se dan sensaciones como la negación, desorientación y el embotamiento, como si la persona no fuera capaz de comprender el suceso y tuviese un fuerte deseo de evadir lo sucedido (Santos et al., 2015). Puede durar desde horas hasta semanas y durante este tiempo aparecerán sentimientos de vacío, falta de concentración y problemas en la toma de decisiones (Mejías et al., 2019). Los progenitores necesitarán ayuda para realizar tareas sencillas del día a día pero también puede suceder que la persona siga con su vida de forma automática, alternando momentos de calma con otros de intensa emoción. Dada la naturaleza traumática de lo sucedido, a modo de protección el cerebro tiende a reaccionar de esta forma, con el fin de disminuir el impacto emocional.

La segunda es la fase de nostalgia y búsqueda y en esta fase es propio el intento inconsciente de buscar al recién nacido con pensamientos y sensaciones somáticas de percibir los movimientos fetales u oír su llanto (Mejías et al., 2019). En este momento, se comienza a tomar consciencia de la pérdida, lo que facilita que diversas emociones comiencen a aflorar de manera intensa. En estos momentos aparece la presencia de la rabia e ira, irritabilidad y ansiedad. La ira puede estar dirigida tanto a uno mismo como al resto de personas cercanas. Además, existe una gran motivación por recuperar al bebé perdido, tomando contacto con procesos de negociación (con la naturaleza, la religión, servicios sanitarios...) (Santos et al., 2015), con el objetivo de elaborar la pérdida.

En tercer lugar se encuentra la fase de desorganización y desesperanza. Durante esta fase son característicos los síntomas depresivos como la tristeza, disminución de la autoestima, apatía, desesperanza y pérdida de interés en el mundo externo. Estas emociones están relacionadas con la toma de consciencia de la pérdida que se ha vivido. Con el paso del tiempo los sentimientos de tristeza perderán intensidad, facilitando la vuelta a las actividades cotidianas de los progenitores (Mejías et al., 2019).

En último lugar está la fase de reorganización, cuarta y última fase del duelo que se caracteriza por la aceptación de la pérdida. Para ello, los progenitores redefinen su identidad perdida y renuncian a toda esperanza de recuperar al bebé fallecido, reconduciendo con un nuevo significado lo que ha supuesto la pérdida (Santos et al., 2015). Así pues, se reanudan las actividades de la vida diaria además de elaborarse planes de futuro. A pesar de que el amor por el hijo fallecido no haya cambiado, los padres aprenden a vivir de nuevo porque han logrado integrar la pérdida a sus vidas (Mejías et al., 2019).

Tal y como se puede observar, el duelo perinatal también puede entenderse desde las tradicionales fases del duelo propuestas por Kübler (1969): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Así, el proceso de duelo finaliza con la elaboración de la pérdida entendiéndose esta como una serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad (Flórez, 2002).

La Interrupción Voluntaria del Embarazo

Como se ha mencionado anteriormente, la IVE es la terminación voluntaria del embarazo a petición de la mujer (Rodríguez et al., 2013). Para que dicha terminación sea autorizada, deben cumplirse unos requisitos establecidos dentro de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Según esta ley, la IVE por

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

petición de la mujer puede llevarse a cabo dentro de las primeras catorce semanas de gestación. En el caso de que la IVE sea solicitada por causas médicas como la existencia de grave riesgo para la salud o la vida de la embarazada o de graves anomalías en el feto, la interrupción podrá darse hasta la semana veintidós de gestación. Asimismo, la terminación del embarazo podrá llevarse a cabo en cualquier momento del embarazo siempre y cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida o bien cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico. De esta forma, siempre y cuando la petición de la IVE se dé dentro de este marco legal, el Sistema Nacional de Salud debe garantizar dicho derecho mediante diferentes métodos de intervención. Siguiendo la clasificación que hace la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del embarazo (ACAI) en su protocolo de práctica sanitaria del aborto provocado (2019), se distinguen tres métodos para la IVE; el método farmacológico o médico, el método instrumental o quirúrgico y el método combinado. El uso de un método u otro puede estar condicionado por las semanas de gestación u otras condiciones médicas. En la figura 1 se reflejan los métodos existentes para la IVE y su uso dependiendo de la semana de gestación.

Figura 1

Métodos para la IVE



Nota. Adaptado de “protocolo de práctica sanitaria del aborto provocado” por ACAI, 2019.

Método Farmacológico o Médico

En lo que al método farmacológico se refiere, según la Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre interrupción voluntaria del embarazo del Ministerio de Sanidad (2022), el método que se ha mostrado más eficaz es la combinación de Mifepristona y Misoprostol. A este método se le llama el aborto farmacológico precoz, pudiendo ser utilizado hasta las nueve semanas. La administración de dichos fármacos es tanto oral, como bucal o vaginal. Así, tras una primera toma vía oral de Mifepristona en una consulta médica, se proporcionan instrucciones sobre la toma del Misoprostol, la cual será recomendable vía bucal o vaginal entre las veinticuatro o cuarenta y ocho horas posteriores (ACAI, 2019). El uso de dichos medicamentos hará que la mujer expulse el saco gestacional, provocando la interrupción del embarazo. Esta IVE puede llevarse a cabo tanto de forma ambulatoria como en el domicilio.

Otro método farmacológico es el aborto farmacológico tardío o inducción farmacológica. Este método consiste en inducir la expulsión del feto mediante medicamentos como el Misoprostol o dilatadores osmóticos con o sin oxitocina y la analgesia necesaria (ACAI, 2019). En caso de que la técnica farmacológica no sea suficiente para expulsar al feto, se pueden hacer uso de maniobras de extracción manual o instrumental, como la técnica de dilatación y evacuación. De esta forma, la inducción farmacológica y el método combinado son comunes en un estado del embarazo más avanzado, por lo que se realiza mayormente en caso de anomalías fetales en el segundo trimestre del embarazo.

Método Instrumental o Quirúrgico

El método instrumental o quirúrgico consiste en realizar una evacuación de la cavidad uterina por vía vaginal dilatando previamente el cuello uterino (ACAI, 2019). La dilatación puede realizarse de manera mecánica, químicamente o combinando ambas. Al igual que el método farmacológico, el método instrumental también puede utilizarse en las primeras nueve semanas del embarazo. El método instrumental que más se utiliza durante el primer trimestre del embarazo es la aspiración. Este método dura entre cinco y diez minutos y se realiza de forma ambulatoria. El funcionamiento de la aspiración consiste en dilatar el cuello del útero para posteriormente evacuar el útero utilizando una cánula de aspiración con un sistema de vacío. Se recomienda que para hacer uso de esta técnica la edad gestacional del feto no sea mayor de doce o catorce semanas.

Otro de los métodos instrumentales es la técnica de dilatación y evacuación. Se recomienda su uso a partir de las doce o catorce semanas (ACAI, 2019), siendo su uso muy habitual en gestaciones mayores de entre dieciséis y diecisiete semanas. Es una técnica similar a la aspiración, no obstante, la evacuación del útero se realiza mediante maniobras instrumentales con pinzas para la extracción ovular.

En caso de no poder realizar la interrupción del embarazo por vía vaginal, se hace uso de la histerotomía. Este método se basa en hacer una incisión en el útero a través de la pared abdominal, con el objetivo de extraer el feto.

Justificación

En el presente trabajo va a abordarse el duelo perinatal en las IVEs, debido a diferentes razones que evidencian la necesidad de atender a la elaboración del duelo perinatal en este tipo de pérdidas.

En primer lugar, la principal razón por la que se ha seleccionado este objeto de estudio es la invisibilización del duelo perinatal en las IVEs, no tanto en la investigación científica, sino en el ámbito sanitario y en la población general. Tal y como se ha mencionado antes, Peppers (1987, como se citó en López, 2011) fue uno de los primeros en estudiar el impacto del duelo perinatal tras una IVE y a pesar de que se han encontrado otros estudios más recientes que lo siguen investigando, parece no estar presente en la vida real y en la práctica clínica.

En segundo lugar, tras hacer una búsqueda de protocolos de actuación psicológica tras una IVE en distintas comunidades autónomas, únicamente se ha podido encontrar una guía de actuación psicológica en Cataluña. Asimismo, a nivel nacional no hay un plan de apoyo psicológico elaborado. Por ello, parece importante indagar en las características que tiene el duelo perinatal en IVEs, de forma que posteriormente se pueda realizar una propuesta de apoyo psicológico dirigida específicamente a estas pérdidas.

En tercer lugar, se destaca que el duelo perinatal en IVEs ha tomado gran relevancia en la actualidad. Esto se debe a la nueva ley orgánica 1/2023 de 28 de febrero por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Ley orgánica 1/2023). Una de las nuevas medidas que

adopta esta ley es garantizar que las mujeres tengan un periodo de descanso y recuperación tras una IVE. Esta medida evidencia y reconoce que llevar a cabo una IVE puede generar un proceso de duelo e impacto psicológico, por lo que se vuelve relevante para la psicología poder explorar aspectos en relación con este tipo de pérdida. Según el artículo 7 bis. de atención a la salud reproductiva, será obligatorio garantizar la asistencia, el apoyo emocional y el acompañamiento de la salud mental a las mujeres que lo requieran durante el postparto o en el caso de muerte perinatal (Ley orgánica 1/2023). Así, este artículo evidencia que profesiones relacionadas con la salud mental, deban poder ofrecer intervenciones basadas en evidencia científica actualizada con respecto al duelo perinatal.

De igual manera, en lo que hace referencia a la relevancia de la psicología en la elaboración del duelo perinatal, diversos estudios muestran la eficacia del apoyo psicológico en el alivio de los síntomas del duelo (Campillo et al., 2007; Jonhson et al., 2016; Bagheri et al., 2020). Es por ello, por lo que explorar el duelo perinatal en IVEs desde la perspectiva psicológica, puede resultar muy útil en su abordaje y posterior elaboración en casos en los que el duelo se torna complejo.

Objetivos

Objetivo General

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica para analizar las características del proceso de duelo perinatal tras una IVE, así como los factores que modulan el impacto psicológico de este tipo de pérdida.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son:

- Identificar la sintomatología que se manifiesta tras una IVE y el proceso de duelo posterior.

- Analizar los factores que pueden dificultar o facilitar la elaboración del duelo perinatal tras una IVE.
- Analizar el impacto de las diferentes intervenciones médicas para las IVE en el desarrollo posterior del duelo perinatal.
- Encontrar las diferencias del proceso de duelo perinatal tras una IVE y un aborto espontáneo.

Material y Métodos

Bases de Datos

La metodología adoptada para la elaboración de este trabajo de fin de grado ha sido realizar una revisión bibliográfica. El periodo de búsqueda de información ha transcurrido entre enero y marzo de 2023, donde se han llevado a cabo diversas búsquedas en diferentes bases de datos. Con el fin de poder reunir los artículos científicos de ámbito nacional e internacional más relevantes para el tema de este trabajo, las principales bases de datos en las que se ha llevado a cabo la revisión han sido “PubMed”, “PsycInfo” y “Scopus”.

Para la realización del marco teórico, además de haber utilizado la información obtenida de las bases de datos anteriormente mencionadas, se ha incluido información consultada en algunos libros relevantes en el campo del duelo, así como en guías o páginas webs pertinentes para el tema.

Estrategia De Búsqueda

Con el fin de realizar una búsqueda acorde a los objetivos del trabajo y que pudiera servir de guía a la hora de la selección de información, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos que caracterizan el proceso de duelo perinatal en IVEs y que deben abordarse en una intervención psicológica?

De esta manera, la búsqueda de publicaciones académicas se llevó a cabo combinando diferentes palabras clave en los buscadores. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda se muestran en la tabla 2.

Tabla 2

Palabras clave de búsqueda

Inglés	Castellano
- Induced abortion	- Aborto inducido
- Abortion	- Aborto
- Medical abortion	- Aborto médico
- Termination of pregnancy	- Terminación del embarazo
- Perinatal grief	- Duelo perinatal
- Grief	- Duelo
- Psychological distress	- Angustia psicológica
- Process	- Proceso
- Emotional experience	- Experiencia emocional

Nota. Elaboración propia.

Todas las búsquedas se realizaron utilizando los términos en inglés, dado que las bases de datos y revistas utilizadas para la revisión son de ámbito internacional y se puede optar a un mayor número de resultados. Así, la estrategia de búsqueda se basó en la combinación de las palabras clave mencionadas anteriormente junto con los operadores Booleanos AND y OR, tal y como se muestra en la tabla 3. Además, la búsqueda de las palabras clave se limitó al resumen de los artículos.

Tabla 3*Estrategia de búsqueda*

OR		OR
- Induced abortion	AND	- Grief
- Abortion		- Perinatal grief
- Medical abortion		- Psychological distress
- Termination of pregnancy		- Process
		- Emotional experience

Nota. Elaboración propia.

Siguiendo esa estrategia de búsqueda se realizaron cinco búsquedas en tres bases de datos. La primera búsqueda se realizó en PubMed, introduciendo los términos “Induced abortion” OR “medical abortion” AND “Grief” OR “perinatal grief”. La segunda búsqueda se realizó mediante los términos “Induced abortion” AND “stress”. En segundo lugar, para la búsqueda en PsycInfo se introdujeron las siguientes palabras clave; “Induced abortion” OR “abortion” OR “termination of pregnancy” AND “perinatal grief” OR “Psychological distress” OR “process”. La cuarta búsqueda fue mediante los términos “Pregnancy termination” AND “Grief”. La quinta y última búsqueda se realizó en la base de datos Scopus; “Perinatal grief” OR “Termination of pregnancy” OR “abortion” AND “induced abortion” OR “abortion” OR “emotional experience” OR “Psychological distress”.

Criterios de Selección

Una vez seleccionada la estrategia de búsqueda, se especificaron los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para acotar la información encontrada.

En lo que a criterios de inclusión se refiere se determinaron los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos veinte años.
- Artículos publicados en inglés o español.
- Artículos científicos, ensayos clínicos y otros estudios cuantitativos o cualitativos.

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

- Artículos científicos con muestras de mujeres que hayan experimentado una IVE.
- Temática central del artículo relacionada con el impacto psicológico tras una IVE.
- Temática central del artículo relacionada con el impacto psicológico de cualquier pérdida perinatal como el aborto espontáneo, siempre y cuando se compare con la IVE.
- Estudios relacionados con la comparación del método de intervención de la IVE y su posterior impacto psicológico.
- Estudios relacionados con los factores de riesgo y protectores en el duelo perinatal tras una IVE.

A su vez, como criterios de exclusión se recogieron los siguientes:

- Artículos científicos que sean revisiones bibliográficas, sistemáticas o actas de congresos
- Artículos científicos que analicen el duelo perinatal en abortos espontáneos, mortinatos o muerte neonatal.
- Artículos científicos que presenten una perspectiva médica o de otras disciplinas distintas a la psicológica.
- Artículos relacionados con el impacto psicológico tras una IVE en las parejas de las gestantes y no en las propias gestantes.

De esta forma, para facilitar la aplicación de los criterios de selección, se hizo uso de los limitadores que proporcionan las diferentes bases de datos. Así, el procedimiento que se realizó para concretar la búsqueda de los artículos científicos fue la siguiente:

- Uso de las palabras clave.
- Uso de operadores Booleanos (AND, OR, NOT).
- Uso de limitadores de las bases de datos:

- Aparición de las palabras clave en el resumen.
 - Se acota por año (<20a)
 - Idioma: inglés y castellano.
 - Publicaciones académicas.
 - Texto completo disponible o con acceso a través del catálogo de la Universidad Pública de Navarra (UPNA).
- Selección de los artículos siguiendo los criterios de inclusión/ exclusión.

Además, una vez obtenidos los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión descritos, se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de todos los artículos. Finalmente, dependiendo de la coherencia con el tema de estudio, se hizo una selección de los artículos más relevantes para su posterior análisis.

Organización y Análisis de la Información

Conforme los artículos iban siendo considerados como idóneos para el trabajo, se exportaron al gestor de referencias bibliográficas Zotero, con la finalidad de poder reunir todos los artículos en un mismo lugar.

Tras la lectura de dichos artículos, se realizó una tabla mediante el programa Excel donde se agrupó la información más relevante de cada estudio. La información recogida consistió en los autores, la muestra, el tipo de aborto (espontáneo, electivo o terapéutico), los instrumentos de evaluación, el seguimiento del estudio y los resultados. Así, una vez reunido y resumido el contenido de los artículos seleccionados, se procedió a la elaboración de la estructura de los resultados.

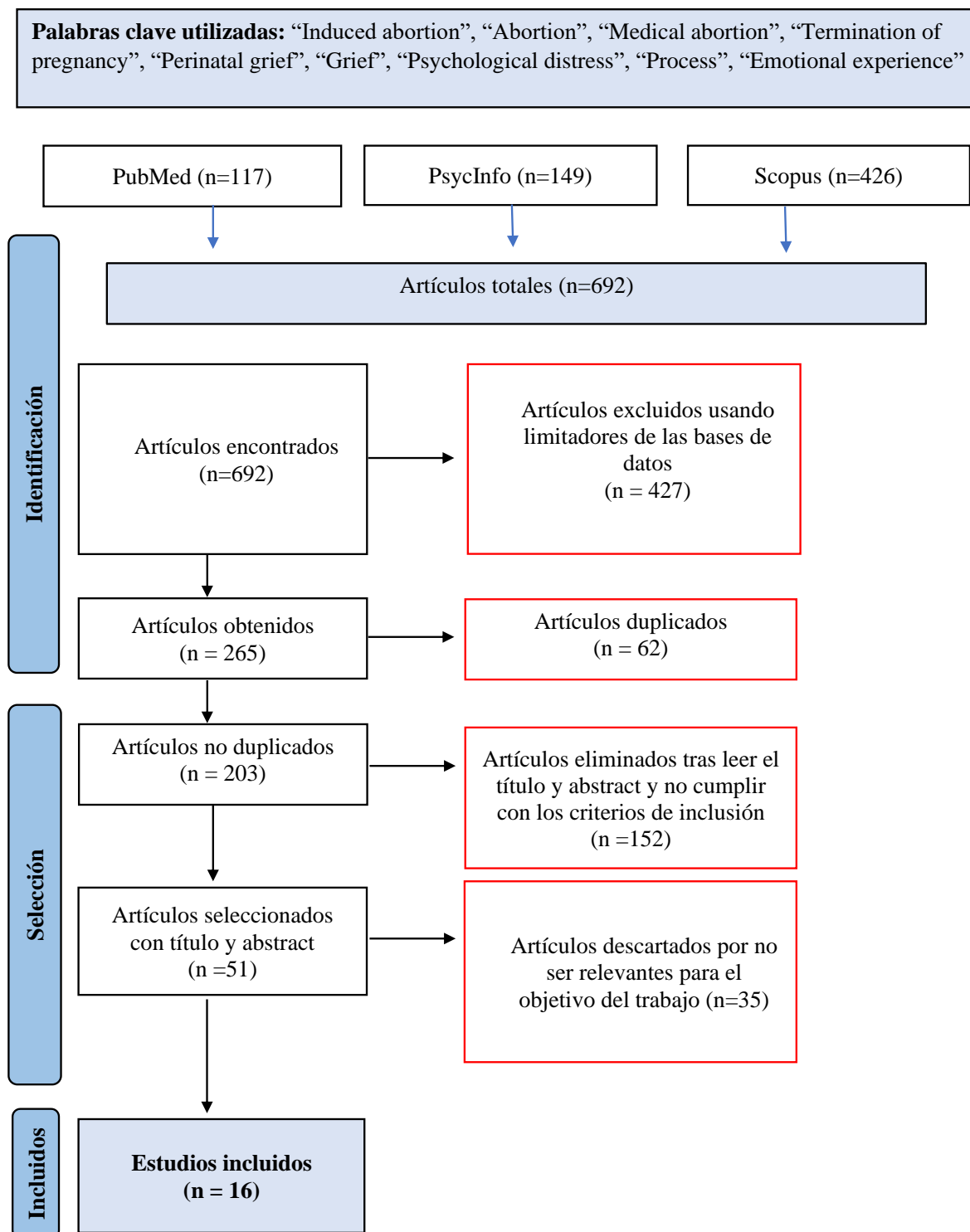
Resultados

Después de realizar la búsqueda de información mencionada anteriormente, se encontraron un total de 692 artículos en las tres bases de datos. Tras la aplicación de los limitadores de las diferentes bases de datos, se obtuvieron 265 artículos. Posteriormente, tras exportar los artículos a Zotero se descartaron los artículos duplicados, obteniendo un total de 203 artículos. Tras leer el título y el abstract de estos artículos y en base a los criterios de inclusión y exclusión numerados en la metodología, el número de artículos descendió a 51. Finalmente, tras la lectura de los artículos restantes se seleccionaron 16, los cuáles se consideraron pertinentes para dar respuesta a los objetivos de este trabajo de fin de grado.

Entre los artículos incluidos en la revisión se encuentran 4 estudios cualitativos y 12 cuantitativos. De los estudios cualitativos todos fueron estudios descriptivos e hicieron uso de la entrevista para la recogida de datos. En lo que a los estudios cuantitativos se refiere, siete de ellos son retrospectivos longitudinales, dos retrospectivos transversales y tres prospectivos longitudinales. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo donde puede visualizarse el proceso de selección de los artículos y los resultados obtenidos tras las búsquedas.

Figura 2

Diagrama de flujo



Nota. Adaptado de “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews”, por M. J. Page et al., 2021, BMJ, 372 (71).

A continuación, se exponen los resultados obtenidos tras la lectura de los 16 artículos seleccionados. La información de los estudios se expone en diferentes subapartados, según la temática de la que trata. En primer lugar, se realiza una descripción de la sintomatología y de la duración de esta en mujeres que han vivenciado una IVE. En segundo lugar, se identifican los factores de riesgo y de protección que pueden influir en el impacto psicológico de una IVE. En tercer lugar, se distinguen los métodos mediante los que se realiza la IVE y su posible implicación en el desarrollo del duelo perinatal. Por último, se expone información comparativa sobre la sintomatología y el desarrollo del duelo en el aborto espontáneo y en la IVE.

En la tabla 4 se muestra un resumen de las características de los estudios seleccionados donde se muestra información relevante sobre la muestra, el tipo de aborto de las participantes, los instrumentos de evaluación, la temporalidad de la evaluación y un resumen de los resultados obtenidos en cada investigación.

Tabla 4*Descripción de los artículos seleccionados*

Artículo	Muestra	Tipo de aborto	Instrumentos de evaluación	Seguimiento	Resultados
Aléx, L., & Hammarström, A. (2004)	N= 5 mujeres	Aborto electivo	Entrevista de 5 preguntas abiertas	Al mes posterior a la IVE	Factores como experiencias infantiles traumáticas, problemas económicos, ser joven y problemas en la pareja influyeron en la decisión de la IVE. La ambivalencia sobre la decisión estuvo presente en todo el proceso. Las mujeres tenían actitudes negativas hacia su propio aborto. Tras el aborto la ambivalencia persistió.
Prommanart N, Phatharayuttawat S, Boriboonhirunsarn D, Sunsaneevithayakul P. (2004)	N= 132 mujeres 86 aborto espontáneo y 46 IVE	Aborto espontáneo y aborto electivo	Perinatal Grief Scale (PGS)	A las 2 semanas del aborto	Hubo 7 mujeres con intensidad de duelo severa (5.3%), 50 con intensidad de duelo moderada (5.8%) y 75 con intensidad de duelo leve (56.8%). Como factores asociados a la intensidad de duelo se encuentran los ingresos bajos, la ecografía, edad gestacional mayor a 16 semanas y el método de la intervención.
Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004)	N= 548 mujeres 331 rusas y 217 estadounidenses	Aborto electivo	Institute for Pregnancy Loss Questionnaire (IPLQ), Belief Scale de Traumatic Stress Institute (TSI)	No especificado	La sintomatología relacionada con el TEPT está asociada con el evento del aborto. El aborto aumenta el estrés y disminuye las habilidades de afrontamiento. Las mujeres estadounidenses estuvieron más negativamente influenciadas por la IVE que las mujeres rusas. El 65% de las mujeres estadounidenses y el 13.1% de las rusas experimentaron sintomatología de TEPT.
Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005)	N= 120 mujeres 40 abortos espontáneos y 80 IVEs	Aborto espontáneo y aborto electivo	Impact of Event Scale (IES), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), entrevista sobre sentimientos actuales.	10 días, 6 meses, 2 años y 5 años tras la IVE	Las respuestas psicológicas al aborto espontáneo y la IVE difirieron durante los 5 años de seguimiento. Las mujeres que se sometieron a una IVE presentaron puntuaciones más altas en algunas escalas durante el seguimiento.

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

Artículo	Muestra	Tipo de aborto	Instrumentos de evaluación	Seguimiento	Resultados
Hemmerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005)	N= 219 Mujeres 147 mujeres IVE médico y 72 mujeres IVE quirúrgica	Aborto electivo	HADS, IES	Antes y 4 semanas después de la IVE	El estudio mostró una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de la ansiedad y depresión en ambos grupos antes y después de la IVE. Antes de la IVE el grupo médico tuvo niveles de ansiedad estadísticamente menores que el grupo quirúrgico. El grupo médico tuvo más consecuencias negativas como sangrado prolongado o dolor. Aun así, esto no tuvo consecuencias negativas estadísticamente significativas.
Lowenstein, L., Deutch, M., Gruberg, R., Solt, I., Yagil, Y., Nevo, O., & Bloch, M. (2006)	N= 200 mujeres 100 IVE quirúrgica y 100 mujeres IVE médica	Aborto electivo	Brief Symptom Inventory (BSI), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Escala de Locus de Control de Rotter	Antes de la IVE y 2 semanas después	Las mujeres que optaron por el método médico tuvieron niveles significativamente más altos de síntomas obsesivo compulsivo, ideación paranoide, culpa e índices generales de BSI. Tras la IVE, ambos grupos de mujeres mostraron una reducción significativa en los niveles de ansiedad y no difirieron en la mayoría de los parámetros de los síntomas.
Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011)	N= 50 mujeres + 15 hombres (n=65) 30 abortos electivos, 10 abortos médico y 10 abortos espontáneos	Aborto electivo, abortos terapéuticos y abortos espontáneos	BSI, Impact of Event Scale Revised (IES-R), Cuestionario de Relación (RQ)	Al mes y a los 6 meses de la IVE	Se observó una disminución significativa de la sintomatología evaluada en todas las etiologías del aborto. Asimismo, en el aborto terapéutico, la calidad percibida de la relación de pareja aumentó. Así pues, el estudio concluye que el ajuste psicológico tras la IVE parece no estar exclusivamente moderado por la etiología de la IVE, sino por otros factores como la relación de pareja.
Dykes, K., Slade, P., & Haywood, A. (2011)	N= 8 mujeres	Aborto electivo	Entrevista semiestructurada	Tras una media de 24 años después de la IVE	Para algunas mujeres la IVE es un evento que se recuerda. Sin embargo, las mujeres tratan de evitarlo de manera activa.
Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011)	N= 86 mujeres	Aborto electivo	IES-R, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ), Peritraumatic Emotions List (PEL),	Pocas horas tras la IVE y a las 6 semanas posteriores	6 semanas después de la IVE el 38% de la muestra cumplía diagnóstico de TEPT y se destacó una disminución significativa de la ansiedad. El aborto mediante medicamentos se asoció a un mayor riesgo de TEPT.

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

PGS, HADS, Texas Grief Inventory (TGI)					
Artículo	Muestra	Tipo de aborto	Instrumentos de evaluación	Seguimiento	Resultados
Curley, M., & Johnston, C. (2013)	N= 151 mujeres 48 mujeres con preferencia por tto. psicológico, 41 mujeres sin preferencia por tto. psicológico y 62 grupo control	Aborto electivo	BSI, Beck Depression Inventory (BDI), STAI, IES, PGS	No especificado	Todas las mujeres que experimentaron un aborto manifestaron síntomas de TEPT y duelo con una duración promedio de 3 años. El sufrimiento posterior al aborto se consideró multifactorial, asociado al evento del aborto y la salud emocional en general.
Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013)	N= 41 parejas 41 mujeres y 41 hombres	Aborto terapéutico	PGS, Brief COPE	Al mes y a los 6 meses de la IVE	La aceptación predijo positivamente las respuestas adaptativas al duelo. La autoculpabilidad, la negación, el afrontamiento activo y el apoyo instrumental fueron predictores positivos de respuestas de duelo desadaptativas. Las mujeres usaron más estrategias como la religión, el desahogo y el apoyo emocional e instrumental.
Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2014)	N= 41 parejas 41 mujeres y 41 hombres	Aborto terapéutico	IES-R, Brief COPE, PGS	Al mes y a los 6 meses de la IVE	Alrededor de un tercio de la muestra presentó sintomatología traumática clínicamente relevante. Las mujeres del estudio experimentaron culpa con más frecuencia que los hombres, la cual influyó en ambos sexos en la sintomatología del duelo y el trauma. No se encontraron diferencias de género en cuanto a la intensidad de la sintomatología traumática.
Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015)	N= 13 mujeres	Aborto terapéutico	Entrevista semiestructurada	1-3 semana después de la IVE, 3 meses y un año	Los factores que influyeron en el duelo fueron la culpa por el diagnóstico de anomalía fetal, culpa por la decisión de interrumpir el embarazo, el aislamiento social y el duelo debido a los recuerdos del embarazo. El apoyo social y el tiempo ayudan a paliar el duelo.

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

Artículo	Muestra	Tipo de aborto	Instrumentos de evaluación	Seguimiento	Resultados
Coleman, P. K., Boswell, K., Etzkorn, K., & Turnwald, R. (2017)	N= 987 mujeres	Aborto electivo	2 preguntas abiertas sobre aspectos positivos/ negativos de la IVE.	No especificado	Aun no presentando factores de riesgo, es posible que cualquier mujer se vea sorprendida por una IVE y los efectos negativos que conlleva esta compleja experiencia.
Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017)	N= 70 mujeres 50 aborto terapéutico y 20 abortos espontáneos	Aborto terapéutico y aborto espontáneo	PGS, BDI	Al mes, a los 6 meses y al año	Al mes se observó sintomatología relacionada con el duelo y la depresión, la cual disminuyó en las siguientes 2 evaluaciones. No se observaron diferencias significativas en el duelo y la depresión según el tipo de pérdida.
Anselmi, N., D'Aloise, A., Febo, R. D., Pezzuti, L., & Leone, C. (2018)	N= 50 mujeres 20 aborto electivo y 30 aborto terapéutico	Aborto electivo y aborto terapéutico	Symptom Checklist- 90 revised (SCL-90-r), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Antes de la IVE y 3 meses después	Tras el aborto electivo se observó una disminución significativa en todas las puntuaciones globales y subescalas del SCL-90, mientras que tras el aborto terapéutico solo en algunas. Para el grupo de aborto terapéutico el apoyo de la pareja y la ausencia de problemas relacionales resultaron ser factores protectores.

Nota. Elaboración propia.

Sintomatología que se Experimenta tras una IVE

En lo que respecta a la experiencia de las mujeres que se someten a una IVE, puede decirse que es una experiencia compleja en la que se ven implicadas diferentes reacciones o manifestaciones psicológicas. Estas reacciones han sido comunes en la mayoría de los estudios analizados, por lo que se considera que el duelo perinatal tras una IVE se rige por unos patrones comunes a pesar de su gran variabilidad en cada mujer. A continuación van a describirse las principales manifestaciones de duelo evidenciadas en los estudios, entre las que se encuentran la ansiedad, la culpa, los sentimientos de duelo y pérdida, la depresión la sintomatología traumática y el alivio.

En primer lugar, los tres únicos estudios que evaluaron la muestra antes y después de la IVE además de otro estudio encontraron una reducción de la ansiedad tras la interrupción del embarazo. Así, el estudio de Anselmi et al. (2018), observó una disminución significativa en la subescala relacionada con la ansiedad, mostrando una tendencia hacia la disminución de la sintomatología ansiosa en los tres meses posteriores al aborto frente a los días previos a la IVE, en los que se observó una tendencia positiva a estados ansiosos. Por su parte, el estudio de Rousset et al. (2011) mostró que el 33% de la muestra tuvo puntuaciones que sugerían sintomatología ansiosa antes de la IVE. Sin embargo, seis semanas después a la intervención se encontró que la intensidad de la sintomatología ansiosa y depresiva fue significativamente menor. Asimismo, los estudios de Lowenstein et al. (2016) y Hemmerling et al. (2005) también encontraron una reducción significativa de la sintomatología ansiosa 4 semanas después de la IVE.

Junto con la ansiedad, la culpa fue la emoción más reportada por las investigaciones analizadas, siendo siete los estudios que destacaron su presencia en este tipo de duelo. Los estudios seleccionados para la revisión evaluaron el proceso de duelo desde las primeras

horas después de la IVE en el estudio de Rousset et al. (2011), hasta los 24 años posteriores en el estudio de Dykes et al. (2011), evidenciándose sentimientos de culpa en ambos estudios. El estudio de Maguire et al. (2015) consideró que la autoinculpación fue una manifestación temprana del duelo, pero según se pudo observar en el resto de los estudios, también fue un sentimiento que estuvo presente durante todo el proceso de duelo. De esta forma, siguiendo la investigación del resto de estudios que hicieron referencia a la culpa, este sentimiento estuvo presente al mes según Aléx et al. (2004), a los seis meses según Nazaré et al. (2014), al año según Maguire et al. (2015) y en un periodo de años más largo según Coleman et al. (2017) y Rue et al. (2004). En cuanto a la causa del sentimiento de culpa, en las muestras de los estudios se evidenció una gran variabilidad. En los estudios relacionados con una IVE terapéutica (Maguire et al., 2015 y Nazaré et al., 2014), se detectó que la culpa estuvo más relacionada con haber podido ser la responsable de la causa de la anomalía fetal y de tener que decidir acabar con la vida del feto. No obstante, las mujeres que tuvieron una IVE electiva sintieron culpa por privar al resto de su familia de conocer a un posible miembro de la familia, por quitarle la vida a un bebé o por tomar el camino más fácil y decidir no tener un hijo (Dykes et al., 2011 y Aléx, y Hammarström, 2004).

Los sentimientos de duelo y de pérdida también fueron frecuentes en algunos estudios. En los estudios de Rousset et al. (2011), Curley y Jonhston (2013) y Rue et al. (2004) se observó un sentimiento de duelo que prevaleció en una gran parte de las mujeres evaluadas desde las horas posteriores a la IVE hasta tres años después. No obstante, el estudio de Maguire et al. (2015) encontró que en los tres meses posteriores a la IVE, el sentimiento de duelo había disminuido en gran parte de la muestra y que en el periodo de un año este sentimiento había disminuido prácticamente por completo en toda las mujeres. Asimismo, en lo que a sintomatología depresiva respecta, se observa una disminución durante el transcurso del tiempo en diversos estudios. Según los estudios de Rousset et al. (2011) y

Anselmi et al. (2018), la sintomatología depresiva disminuyó tanto a las seis semanas como a los tres meses de la IVE. Asimismo, el estudio que más a largo plazo evaluó el impacto psicológico de la revisión (Dykes et al., 2011) observó tristeza y lamento en lo que al recuerdo de la IVE respecta, en ausencia de otra sintomatología depresiva.

La sintomatología traumática también ha mostrado ser parte del duelo perinatal en IVEs. Los síntomas relacionados con TEPT destacados en las investigaciones de Rousset et al. (2014), Rue et al. (2004), Dykes et al. (2011) y Nazaré et al. (2014) fueron la evitación de hablar o pensar sobre el aborto, los pensamientos intrusivos sobre el aborto, estado de hipervigilancia constante, flashbacks relacionados con la IVE y la dificultad para recordar. La duración de estos síntomas se prolongó hasta las seis semanas en el estudio de Rousset et al. (2014) y seis meses en el estudio de Nazaré et al. (2014). Sin embargo, según los estudios de Dykes et al. (2011), Rue et al. (2004) y Curley y Jonhston (2013), la duración de las conductas evitativas fue mayor al resto de síntomas anteriormente mencionados. Los tres estudios coincidieron en que la evitación fue muy frecuente tras la IVE y de que se trató del principal método de afrontamiento en estos casos. Las principales conductas de evitación registradas por los estudios fueron la evitación activa de pensamientos relacionados con la IVE y la evitación de hablar sobre lo ocurrido con el círculo cercano de amigos, familia o pareja.

Asimismo, se destaca la presencia de otros síntomas identificados en menor medida por algunos de los estudios, como los pensamientos suicidas. Por otro lado, otros estudios evidenciaron el incremento del uso de alcohol o drogas a raíz de la IVE en gran parte de la muestra. Además, otros dos estudios mostraron una disminución de la autoestima, refiriendo pensamientos sobre sí mismas acerca de sentirse “malas”, “débiles” o “culpables”. También hubo estudios que evidenciaron la presencia de sentimientos de soledad, incomprensión falta de apoyo social durante el proceso de la IVE y la necesidad de una red de apoyo de personas

que hubieran pasado por una situación similar. Así, según Maguire et al. (2015) el aislamiento social fue otro de los sentimientos manifestados por las mujeres, el cual fue disminuyendo a lo largo del año del periodo de evaluación. Por último, se encontraron diversos síntomas o emociones que no coincidieron entre los estudios analizados, entre los que se encuentran: los sentimientos de arrepentimiento de la IVE, comportamientos autodestructivos, incapacidad de perdonarse a sí mismas, dificultades en el trabajo, temores sobre futuros embarazos, problemas de pareja, dificultad para conciliar el sueño, vergüenza, ambivalencia y vacío.

En lo que a consecuencias positivas de la experiencia de la IVE respecta, algunos estudios mostraron la presencia de diferentes emociones positivas, a pesar de que gran parte de estudios reportaron que las mujeres no obtuvieron ningún beneficio o aprendizaje positivo del aborto. La primera de ellas fue el alivio el cual estuvo presente tanto en los estudios de con muestras pertenecientes a IVEs electivas como a terapéuticas. Así, en los estudios de Dykes et al. (2011), Alex et al. (2004), Maguire et al. (2015) y Broen et al. (2005) las mujeres mostraron alivio tanto en la primera semana, como cinco y veinticuatro años después de haber abortado.

Además, los estudios mostraron otras consecuencias consideradas como positivas, sin embargo estas no coincidieron entre los estudios. Algunas de las mencionadas en el estudio de Coleman et al. (2017) fueron; la oportunidad de profundizar en la vida espiritual a raíz del aborto, aumentar el compromiso de voluntaria en servicios de atención post aborto, poder compartir esta experiencia con otras mujeres y poder ayudarlas a recuperarse de la IVE, la conversión al cristianismo y la participación en movimientos provida. Por su parte, el estudio de Dykes et al. (2011), refirió en la mayoría de la muestra un sentimiento de crecimiento personal y fortaleza para poder finalizar con las relaciones románticas que tenían entonces o para poder confiar en sí mismas y en futuras decisiones. Asimismo, Rue et al. (2004)

encontró que la muestra refirió sentimientos de madurez y alegría por haber podido experimentar el embarazo.

Factores que Influyen en la Elaboración del Duelo tras una IVE

Tras la lectura de los artículos que estudiaron los factores que influyen en la elaboración del duelo tras una IVE, cabe destacar que son muchos los factores predictores que se mostraron como significativos.

Por un lado, los estudios evidenciaron que el hecho de sentir presión externa a la hora de tomar la decisión de la IVE fue un predictor significativo de un peor ajuste psicológico. Dentro de este factor se incluyeron otros factores como abortar para agradar a otros o abortar por miedo a perder a la pareja, lo cual ocurrió en el 73.8% y 28.4% de la muestra según el estudio de Coleman et al. (2017). Así, el estudio de Anselmi et al. (2018) evidenció que las mujeres que abortaron por motivos que no necesariamente implicaban estrés relacional como “no estar preparada para el embarazo”, tuvieron un menor número de síntomas depresivos. Sin embargo, las mujeres que lo hicieron por motivos relacionales como una relación conflictiva o presión por parte de la pareja mostraron un aumento significativo de los niveles de estrés general.

Al hilo de esto, la relación de pareja también se ha mostrado como factor predictor de un mejor o peor ajuste psicológico en dos estudios. El estudio de Anselmi et al. (2018) mostró diferencias significativas en el ajuste psicológico de las mujeres que percibían apoyo por parte de sus parejas los días previos a la IVE y las que no, considerándose el apoyo de la pareja un factor predictivo. Además, en el estudio de Canário et al. (2011) se elaboró un modelo de regresión donde se observó que la relación de pareja fue un factor significativo en la sintomatología traumática al mes de la IVE. De esta forma, los resultados sugirieron que

las mujeres que se sometieron a abortos electivos y tenían una mayor percepción de calidad de la relación de pareja, presentaron una menor sintomatología de trauma.

Asimismo, tres estudios (Ridaura et al., 2017; Prommanart et al., 2004 y Rue et al., 2004) evidenciaron que un estado más avanzado del embarazo es un factor predictor de un peor ajuste psicológico tras la IVE. Dichos estudios encontraron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre las semanas del embarazo y las puntuaciones en la escala de depresión de las muestras. Además, demostraron que un estado del embarazo más avanzado era predictor de un duelo perinatal más activo en las semanas posteriores a la IVE.

De igual forma, diversos estudios evidenciaron que sentir una conexión con el feto antes de la IVE dificultó el proceso de duelo tras la intervención. Según el estudio de Rue et al. (2004) y Coleman et al. (2017) un 33.2% de la muestra se sentía emocionalmente conectada o unida con el feto previamente al aborto, siendo considerado un factor de riesgo estadísticamente significativo. Otro factor de riesgo considerado en los estudios de Maguire et al. (2015), Nazaré et al. (2014) y Nazaré et al. (2013), fue la presencia de culpabilidad en las horas anteriores y posteriores a la IVE. De esta forma, el estudio de Maguire et al. (2015) identificó que la presencia de sentimientos de culpa respecto a la decisión de la terminación del embarazo estaba relacionada a un duelo perinatal más activo al año de la IVE. Además, manifestaron que la presencia de la autoinculpación, el aislamiento social y el estigma sobre el aborto puede complicar el duelo perinatal. Por su parte, el estudio de Nazaré et al. (2014) encontró que la culpa puede predecir la sintomatología traumática. Este estudio evidenció que cuanto mayor era la frecuencia con la que las mujeres experimentaban culpa, más intensa era la sintomatología traumática. También se encontró un efecto directo entre la culpa y la sintomatología relacionada con el duelo. De esta manera, el sentimiento de culpa se asoció positivamente tanto con la sintomatología traumática como con la de duelo, dificultando por tanto el ajuste psicológico posterior a la IVE. El estudio de Nazaré et al. (2013), la

autoculpabilidad fue uno de los predictores positivos de las respuestas de duelo desadaptativas, por lo que se confirman los datos de los estudios anteriores.

Por añadidura, otros estudios encontraron evidencias de que la sintomatología propia del TEPT en las horas posteriores a la IVE dificultaba un buen ajuste psicológico tras la IVE; En el estudio de Rousset et al., (2011) se elaboró un modelo de regresión múltiple el cual evidenció como predictores significativos de la intensidad de los síntomas de TEPT después de la IVE, experimentar disociación y emociones peritraumáticas en las horas posteriores a la intervención. Asimismo, el estudio de Nazaré et al. (2014) encontró que la sintomatología traumática después de la IVE predijo positivamente la sintomatología del duelo.

Además de los factores mencionados anteriormente, se pudieron identificar otros factores de riesgo que según algunos estudios pudieron dificultar el ajuste psicológico de algunas mujeres tras la IVE. Así pues, otros factores de riesgo mencionados en los estudios de Curley y Jonshton (2013), Prommanart et al. (2004), Coleman et al. (2017), Rue et al. (2004), Maguire et al. (2015) y Nazaré et al. (2013) fueron; ver el embrión mediante una ecografía, ambivalencia y arrepentimiento en la decisión de la IVE, el estrés causado por un embarazo no deseado, complicaciones médicas durante la IVE (dolor, sangrado excesivo, evacuación incompleta), problemas psicológicos coexistentes, ser joven, estar divorciada, ser religiosa, no creer en el derecho al aborto y utilizar la negación como mecanismo de afrontamiento.

Por otro lado, en lo que a factores favorecedores de la elaboración del duelo perinatal tras una IVE se refiere, también se han encontrado diversos factores considerados como relevantes, a pesar de que ninguno de los estudios coincide en cuáles son los factores protectores más significativos. El estudio de Rue et al. (2004) consideró como factores favorecedores de un mejor ajuste psicológico ser menos religiosa, no sentir presión a la hora

de tomar la decisión del aborto, creer en el derecho al aborto, que la pareja no deseara el embarazo y un menor número de semanas de embarazo. En lo que respecta al estudio de Maguire et al. (2015), se consideró que la presencia de redes de apoyo de parejas que hubieran pasado por una experiencia similar contribuyó en una mejor elaboración del duelo. Por último, el estudio de Nazaré et al. (2013) evidenció que el uso de la aceptación como estrategia de afrontamiento predijo positivamente las respuestas adaptativas al duelo.

La Influencia del Método de la IVE en El Duelo

Con respecto a los resultados de los artículos que compararon la IVE médica y quirúrgica, se obtuvieron datos muy diversos y contradictorios, los cuales apuntan en diferentes direcciones respecto a este tema.

Haciendo referencia al estado psicológico previo a la IVE que se evaluó en las muestras de los artículos de Rousset et al. (2011) y Lowenstein et al. (2016), se encontró que las mujeres que se sometieron a un aborto médico tenían puntuaciones de disociación peritraumática, emociones peritraumáticas, ansiedad y depresión significativamente más altas en las horas previas a la IVE en comparación a las que se sometieron a un aborto quirúrgico. Además, estas mujeres también tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala del índice de angustia general de la escala Brief Symptom Inventory (BSI) y en las subescalas referentes a síntomas obsesivo-compulsivos y culpa, en relación con el grupo quirúrgico. No obstante, en el estudio de Hemmerling et al. (2005) se observó que el grupo del método médico tuvo un nivel de ansiedad significativamente menor antes de la IVE en comparación con el grupo quirúrgico. Asimismo, en las puntuaciones relativas a la depresión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos antes de la IVE.

En lo que respecta a las diferencias en el estado psicológico posterior a la IVE dependiendo del método de la intervención, también existieron diferentes evidencias. Los estudios de Lowenstein et al. (2016) y Hemmerling et al. (2005) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el impacto psicológico del método médico y del quirúrgico. Ambos estudios mostraron que tanto las mujeres intervenidas con el método médico como las intervenidas con el método quirúrgico tuvieron una disminución significativa en las puntuaciones del estado de angustia psicológica general, en las de ansiedad y en las de depresión dos y cuatro semanas después de la IVE. Además, el estudio de Hemmerling et al. (2005) encontró una disminución por parte de ambos grupos en las puntuaciones de la escala Impact of Event Scale (IES) relativa a los síntomas de intrusión, evitación y activación. No obstante, los estudios de Rousset et al. (2011) y Prommanart et al. (2004) sí mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el impacto psicológico del método médico y el quirúrgico en las semanas posteriores a la IVE. En dichos estudios, las mujeres pertenecientes al grupo médico obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en síntomas de disociación peritraumática, sintomatología de TEPT y en la escala de duelo perinatal. Por tanto, las mujeres pertenecientes al grupo médico manifestaron un duelo perinatal más activo en comparación con las del grupo quirúrgico.

Por último, el estudio de Maguire et al. (2015) fue el único estudio que analizó el impacto psicológico tras una IVE mediante el método farmacológico tardío y el método de dilatación y evacuación. Desde una mirada cualitativa, las mujeres a las que se le había inducido el parto mediante el método farmacológico lo describieron como una forma de mitigar la culpa, mientras que el método de la dilatación y evacuación se relacionó con un embarazo no deseado; “pienso que el método de la inducción facilita el proceso de duelo, porque en mi mente es como dar a luz a un bebé deseado, pero que por alguna razón, no sobrevive”.

El Proceso de Duelo: Diferencias entre una IVE y el Aborto Espontáneo

En lo que a diferencias en el duelo perinatal tras una IVE y tras un aborto espontáneo se refiere, los estudios seleccionados mostraron diferentes evidencias sobre las características comunes y distintivas de ambos tipos de pérdida.

Por un lado, la mayoría de los estudios evidenciaron que los síntomas de activación conductual y la sintomatología depresiva disminuyeron por igual en ambos tipos de pérdida en los meses posteriores. El estudio de Broen et al. (2005), no encontró diferencias significativas en lo que a síntomas de depresión y ansiedad respecta entre el grupo que se sometió a una IVE y el del aborto espontáneo. No obstante, haciendo una comparación con mujeres pertenecientes a la población general, las mujeres que se habían sometido a una IVE tuvieron puntuaciones de ansiedad significativamente más altas en las cuatro entrevistas realizadas durante el transcurso de la investigación. Los resultados obtenidos en el estudio de Ridaura et al. (2017) tampoco mostraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva y de duelo entre los dos grupos de participantes. Se observó sintomatología propia del duelo y depresiva en el primer mes tras la pérdida, dándose posteriormente una disminución en las subescalas de desesperación, dificultad de afrontamiento y de duelo activo, así como en la puntuación total de la escala de duelo perinatal entre la primera y la última evaluación (al mes y al año de la pérdida) en ambos grupos. En lo que al estudio de Canário et al. (2011) respecta, se observó que desde el primer hasta el sexto mes tras la pérdida los niveles de activación emocional tendieron a disminuir independientemente de la etiología del aborto. Además, este estudio no encontró un impacto significativo del tipo de aborto en la sintomatología traumática durante el periodo de evaluación de 6 meses y tampoco en el ajuste psicológico al mes y a los 6 meses de las pérdidas.

Por el contrario, el estudio de Broen et al. (2005) sí evidenció algunas características distintivas de ambos tipos de pérdida. Este estudio mostró que las mujeres que habían

experimentado una IVE tuvieron puntuaciones de evitación significativamente más altas que las de las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en los diez días posteriores a la pérdida perinatal, en los seis meses, en los dos años y en los cinco años posteriores. De igual forma, estas mujeres tuvieron un alivio significativamente mayor en todas las entrevistas, así como culpa y vergüenza. Además, las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo tuvieron puntuaciones significativamente más altas en sentimientos de duelo y pérdida en las entrevistas diez días, seis meses y dos años después de la pérdida.

Discusión

Discusión de los Resultados

El objetivo principal de esta revisión era analizar las características del proceso de duelo perinatal tras una IVE, así como los factores que modulan el impacto psicológico de este tipo de pérdida. Para ello, en primer lugar se va a analizar la evidencia recogida sobre la sintomatología que se experimentan durante el proceso de duelo perinatal tras una IVE.

A lo largo de la revisión se ha podido observar que las consecuencias psicológicas de interrumpir voluntariamente un embarazo son muy diversas a la vez que comunes en la mayoría de las muestras estudiadas. De esta forma, se considera que la vivencia que experimentan la mayor parte de las mujeres tras una IVE es negativa. Los sentimientos que más mención han tenido durante el análisis de los estudios han sido la ansiedad, la culpa, el duelo, la pérdida, la tristeza, la evitación y el alivio. En lo que a la ansiedad respecta, los estudios observaron que la ansiedad disminuye significativamente tras la interrupción del embarazo. Según los metaanálisis de Major et al. (2000) y American Psychological Association (APA) (2008, como se citó en Rondón, 2009), las mujeres experimentan ansiedad y otros tipos de distrés emocional tanto antes de someterse a una IVE como en el momento de la intervención, lo que respalda lo encontrado en los estudios sobre el descenso de los niveles de ansiedad una vez realizada la IVE. Los elevados niveles de estrés pueden

EL DUELO PERINATAL TRAS UNA IVE

deberse no solo al hecho de tener que someterse a la intervención de la IVE, sino también al hecho de estar vivenciando un embarazo no deseado o relacionado con malformaciones fetales. De esta forma, el embarazo en sí mismo puede vivenciarse como un evento estresante. En estas circunstancias, la IVE se puede considerar una forma de resolver el estrés asociado a un embarazo no deseado, lo que explica que en las semanas posteriores a la IVE los niveles de ansiedad desciendan. Aun así, el propio procedimiento de la IVE puede generar un estrés adicional propio (APA, 2008), por lo que es común que tanto la ansiedad como el estrés estén presentes en el momento de la intervención.

La culpa ha sido una emoción muy destacada por diversos estudios. Estos han evidenciado que la culpa está presente durante todo el transcurso del duelo, desde la toma de decisiones hasta los años posteriores a la IVE. La culpa se ha visto muy asociada a la aparición de otro tipo de sintomatología como a la traumática o los sentimientos de duelo y pérdida, por lo que ha mostrado tener implicaciones importantes en este proceso. Según se ha podido observar, puntuaciones elevadas en la escala de culpa predijeron conductas de evitación en los años posteriores. Por tanto, el sentimiento de culpa después de una IVE también está asociada con las conductas de evitación posteriores. En lo que a sentimientos de duelo y pérdida respecta, son dos emociones que acompañan a la mujer durante varios años y también se han visto mediados por la culpa. Así, se considera que la culpa puede tener un papel moderador en los sentimientos de duelo a largo plazo, dado que según Maguire et al. (2015), la culpa se correlacionó con un duelo más activo al año de la IVE. Revisando la literatura con la finalidad de contrastar estos resultados, se ha encontrado que la presencia de la culpa tras la IVE ha sido considerada como relevante por otros autores como Worden (2010). Además, tal y como se expuso en el metaanálisis de Aznar y Cerdá (2014), “el sentimiento de culpabilidad que la mujer pueda tener por haber abortado puede ser un factor importante, si no decisivo, para que esta padezca trastornos psicológicos tras el acto

abortivo”. Durante esta investigación no se ha encontrado que la culpa sea una causa directa para el padecimiento de un trastorno mental, sin embargo, sí ha demostrado dificultar el ajuste psicológico tras la IVE. Es por ello por lo que la vivencia de esta emoción durante el aborto se considera un factor de riesgo clave al que deberá prestarse atención. También se ha visto que la culpa puede estar causada por diversos motivos, entre los cuales se destacan el hecho de sentirse responsable de la anomalía fetal en caso de IVE terapéutica y ser la responsable de tener que acabar con una vida o sentirse responsable de privar a la familia de un nuevo miembro en caso de la IVE electiva. Contrastando estos motivos con los encontrados en la literatura, que el sentido de la responsabilidad sea una causa del sentimiento de culpa coincide con el estudio de Coleman (2009). Según este, el origen de la culpa puede estar en que las mujeres se sientan las únicas responsables de acabar con el embarazo. Esta evidencia coincide también con el estudio de Curley y Johnston (2014), el cual propone que la culpa puede emerger desde un sentido de responsabilidad personal, donde la mujer se siente culpable de no haber sido responsable al tener un embarazo no deseado y posteriormente tener que acabar con la vida del feto mediante un aborto. Aun así, tal y como expuso dicho estudio, el origen de la culpa tras una IVE es multifactorial, por lo que también se plantea que la culpa esté asociada al ámbito familiar en situaciones donde el aborto va en contra de los valores familiares. En este sentido, no es de extrañar que la culpa se agudice en situaciones donde la IVE se mantiene en secreto y no es compartida en el núcleo familiar.

Haciendo referencia a la sintomatología depresiva, en la mayoría de los estudios se observó una disminución significativa de esta en los meses posteriores a la IVE. Estos resultados se ven respaldados por el metaanálisis de Rondón (2009), donde se expone que tanto los síntomas ansiosos como los depresivos se resuelven paulatinamente tras el aborto inducido. El hecho de que el estudio que más a largo plazo evaluó a las mujeres identificara

sentimientos de tristeza y lamento, plantea la posibilidad de que la sintomatología depresiva disminuya en los meses posteriores al aborto, pero que al recordar la IVE se puedan revivir este tipo de sentimientos de menor intensidad emocional. Esta idea es apoyada por el metaanálisis de Major et al. (2000). Además, tal y como recoge la evidencia anteriormente mencionada (Rue et al., 2004, Maguire et al., 2015 y APA, 2008), experiencias como ver a bebés o mujeres embarazadas, la llegada de aniversarios o de fechas señaladas relacionadas con el embarazo o el aborto y pensar en un futuro embarazo, pueden desencadenar sentimientos de duelo y tristeza.

Con respecto a la sintomatología traumática, se evidenció que los síntomas más destacados fueron la evitación de hablar o pensar sobre el aborto, los pensamientos intrusivos sobre el aborto, los flashbacks y la dificultad para recordar. Asimismo, la duración de estos síntomas se prolongó hasta los seis meses, siendo mayor la duración de la evitación. El estudio de Wallin et al. (2013) demostró que la sintomatología traumática se redujo significativamente a los 6 meses, mientras que la evitación tuvo una duración mayor. Esto confirma la reducción de la mayoría de sintomatología traumática y la duración prolongada de la evitación encontrada en este trabajo. El metaanálisis de la APA (2008), recogió diferentes teorías las cuales entienden la IVE como una experiencia traumática única, confirmando la presencia de sintomatología traumática tras un aborto. Asimismo, la evitación se consideró el principal método de afrontamiento en estos casos y se entiende que cumple dos funciones principales en el duelo perinatal tras una IVE. Por un lado, tal y como se concluyó en el estudio de Kubany y Ralston (2006), la evitación de pensamientos relacionados con el aborto tiene la finalidad de mitigar el impacto psicológico que supone haberse sometido a una IVE. Además, la evitación permite que la mujer se aleje de los sentimientos desagradables relacionados con el suceso. Por otro lado, el estigma y el secretismo que rondan al aborto inducido dificulta la expresión del malestar con el círculo

cercano. De esta forma, la evitación tras una IVE no se manifiesta únicamente de manera individual mediante la evitación de pensamientos relacionados con el aborto inducido, sino también de manera conductual ocultando y evitando hablar sobre la IVE con la familia o amigos. Por tanto, se puede confirmar que la sintomatología traumática como los pensamientos intrusivos, la hipervigilancia o los flashbacks disminuyen a los pocos meses de la IVE, pero que la evitación permanece durante años

En menor medida, los estudios coincidieron en otros síntomas como los pensamientos suicidas, el incremento en el uso de alcohol o drogas, la disminución de la autoestima o los sentimientos de soledad. Sin embargo, también se recogieron diversos síntomas que no tuvieron coincidencias entre estudios. El hecho de no encontrar coincidencias respecto a algunos síntomas puede explicarse debido a la gran variabilidad de emociones, cogniciones y conductas que implica el duelo perinatal. No obstante, en este caso se considera que ha podido ocurrir debido a la heterogeneidad de los diseños metodológicos de los estudios seleccionados. A pesar de que varios estudios coincidieron en los instrumentos de evaluación, otros estudios no midieron las mismas variables, por lo que los síntomas encontrados han sido muy heterogéneos. Por tanto, se evidencia la necesidad de más investigaciones que contrasten la presencia, prevalencia y duración de algunos de los síntomas mencionados algunos los estudios.

Tal y como se ha podido observar, la IVE no solo tiene efectos negativos en las mujeres, aunque tras el análisis de los estudios es evidente que los positivos son más escasos. Varios estudios encontraron una sensación de alivio tras la IVE y no únicamente tras los abortos electivos, sino también en abortos terapéuticos. La IVE puede considerarse así una forma de resolver el estrés asociado a un embarazo no deseado o con malformaciones fetales. Esto concuerda con lo concluido por la APA (2008) y el metaanálisis de Major et al. (2000), donde se evidencia que la mayoría de las mujeres se sienten satisfechas de la decisión del

aborto. Sin embargo, también encontraron que alrededor del 15% de las mujeres se muestran insatisfechas y no volverían a tomar la misma decisión, como ya se reflejó en el apartado de resultados. Esto puede estar relacionado con que en ocasiones las mujeres abortan por razones ajenas a su propia voluntad, siendo condicionadas por su pareja, situación socioeconómica u otro tipo de condicionantes externos. Otras consecuencias positivas de haber abortado identificadas en los estudios son un crecimiento en la vida espiritual, mayor fortaleza personal y haber podido ayudar a otras mujeres en la misma situación. Esto coincide con la evidencia encontrada en el metaanálisis de Rondón (2009), el cual reporta que cuando el aborto es legal y voluntario muchas mujeres encuentran que es una experiencia positiva, con crecimiento y maduración psicológica y en lo inmediato, la sensación de alivio y de haberse responsabilizado de su vida. Aun así, las consecuencias positivas debido al aborto han sido menores de las esperadas en esta revisión. Esto puede deberse a que las muestras de los estudios seleccionados fueron recluidas mediante clínicas de atención post aborto o similares, por lo que la angustia psicológica de las muestras seguramente haya sido mayor.

En suma, la sintomatología que se presenta tras una IVE es muy diversa. Además, cabe destacar que la mayor parte de las manifestaciones del duelo perinatal evidenciadas en este trabajo pertenecen a la dimensión emocional.

En segundo lugar, se analizaron los factores de riesgo que influyeron en el ajuste psicológico en el periodo posterior a la IVE. Todos los estudios coinciden en que el transcurso del duelo perinatal tras la IVE depende de múltiples factores, lo que hace que haya una gran variabilidad individual en la experiencia del aborto. Los factores que se consideraron como predictores de un peor ajuste psicológico tras una IVE en la mayoría de los estudios fueron; sentir presión a la hora de la toma de decisión del aborto, sentir una conexión con el feto, falta de apoyo social y por parte de la pareja, un estado más avanzado del embarazo, sentimientos de culpa y sintomatología traumática en las horas posteriores a la

IVE. Se considera por tanto, que estos factores influyen en la sintomatología anteriormente descrita, agudizando o mitigando los síntomas. Por un lado, el hecho de sentir presión en la toma de decisión aumentó los síntomas depresivos y el estrés. Por otro lado, no percibir apoyo en la pareja aumentó la sintomatología traumática y que un estado más avanzado del embarazo empeoró el ajuste psicológico tras la IVE y la sintomatología depresiva. Asimismo, el sentimiento de culpa influyó en un duelo perinatal más activo y en el aumento de la sintomatología traumática. Por último, la sintomatología traumática en las horas posteriores a la IVE predijo mayor sintomatología de TEPT en los años posteriores y mayor sintomatología de duelo.

Estos hallazgos van en la línea de lo evidenciado por dos metaanálisis. Por un lado, la APA (2008), publicó un metaanálisis donde se incluían los estudios más relevantes sobre los efectos psicológicos de la IVE. Este estudio consideró como factores de riesgo la ambivalencia sobre la decisión del aborto, percepción de presión de otros para abortar, historia de problemas psicológicos previos, baja capacidad de afrontamiento y falta de apoyo social (Major et al., 2009). Por otro lado, Paul et al. (2009) describieron varios factores de riesgo en el Manual de la National Abortion Federation, entre los que se encontraban compromiso y apego al embarazo, percepción de coacción para tener el aborto, ambivalencia acerca de la decisión del aborto, intensa culpa y vergüenza antes del aborto y enfermedad mental anterior al aborto. Por tanto, algunos de los factores de riesgo evidenciados en esta investigación se ven respaldados por investigaciones anteriores, a pesar de que son muchos los factores que se han considerado como relevantes en la literatura.

En lo que a factores protectores se refiere, se piensa que no sentirse presionadas, no desear el embarazo, no sentir ambivalencia ante la decisión de la IVE, la presencia de una red de apoyo y la aceptación son indicadores de un mejor ajuste al aborto. Estos hallazgos son coherentes considerando que son compatibles con los factores de riesgo descritos

anteriormente. De esta manera, tal y como evidencia el trabajo de Rondón (2009), la experiencia de la IVE no es uniforme para todas las mujeres y varía según los factores mencionados anteriormente. Es por ello por lo que a la hora de interpretar las experiencias de mujeres que han tenido una IVE se debe tener en cuenta esta variabilidad y entender que la experiencia del aborto tiene un significado personal para cada una de ellas. Así, el aborto inducido no se considera una experiencia negativa o positiva per se, si no que esta valoración va a estar mediada por circunstancias y factores personales que la dotan de un significado emocional u otro. Esto explica que tras la IVE haya mujeres que se sientan satisfechas de la decisión y puedan retomar la rutina de forma instantánea pero que sin embargo haya otras que se vean desbordadas por esta experiencia.

En tercer lugar, se analizaron los artículos que compararon el impacto psicológico tras una IVE en mujeres que hicieron uso de diferentes métodos para la IVE con la finalidad de observar posibles diferencias entre los grupos. Los estudios que compararon el aborto médico y el quirúrgico mostraron evidencias contradictorias, ya que varios de estos encontraron que las mujeres del grupo médico mostraron niveles significativamente mayores de ansiedad, depresión, emociones peritraumáticas y angustia psicológica horas antes de la IVE mientras que otro estudio evidenció que el grupo quirúrgico fue el que mayores puntuaciones obtuvo en niveles de ansiedad, intrusión y evitación. En lo que a los momentos posteriores a la IVE respecta, unos estudios propusieron que no hay diferencias significativas en cuanto al método utilizado, mientras que otros encontraron que las mujeres del grupo médico tuvieron un duelo perinatal más activo en las semanas posteriores. Comparando estos hallazgos con estudios más antiguos como los de Henshaw et al. (1994) y Slade et al. (1998), se encontró que tanto la IVE que se realizó mediante el método médico como mediante el quirúrgico fueron psicológicamente seguras para las mujeres, habiendo una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva tras ambos procedimientos. Sin embargo, que las mujeres pudieran elegir

el método con el que llevar a cabo la IVE sí se consideró relevante. Además, a pesar de que el metaanálisis de Crandell (2012) también evidenció contradicciones con respecto a los resultados psicológicos después de una IVE según el método en algunos estudios, concluyó que las puntuaciones en escalas de calidad de vida, ansiedad y depresión mejoraron notablemente con cualquiera de los métodos. De esta forma, puede decirse que el tipo de procedimiento que se utiliza para la IVE en el primer trimestre no está asociado al impacto psicológico o a la salud mental de la mujer que aborta, pero sí que la mujer tenga información sobre este y que tenga la posibilidad de elegir.

En el único estudio que se compararon los efectos de la inducción del parto mediante el método farmacológico tardío, se encontró que para algunas mujeres este método pudo ser una manera de reducir el sentimiento de culpa. Las mujeres relacionaron el aborto quirúrgico con un embarazo no deseado mientras que el parto inducido fue considerado una manera cálida de despedirse del bebé. Este hecho solo puede considerarse en el caso de que las mujeres llevaran a cabo un embarazo deseado en el que el feto tenía algún tipo de anomalía, dado que es en el único caso en el que se permite este tipo de IVE. Sin embargo, puede considerarse un descubrimiento interesante dado que puede ser una forma de intervenir en la reducción de la culpa desde el momento de la IVE. El valor terapéutico de este hecho puede enmarcarse dentro de las prácticas restaurativas dirigidas a elaborar el duelo de manera saludable. No obstante, otros estudios como el de Kersting et al. (2016) y Burgoine et al. (2005), no encontraron diferencias significativas en el desarrollo del duelo o de los síntomas de depresión entre el parto inducido y el aborto quirúrgico. Además, se expone que para algunas mujeres el parto de un bebé muerto puede resultar una vivencia traumática. Esto sugiere que no existe un método universal que contribuya al bienestar psicológico de todas las mujeres, ya que cada mujer tiene sus preferencias. En suma, tras el análisis de los estudios se considera que la relevancia de este factor no reside tanto en el método que se utilice para la

IVE, sino en otros factores como la posibilidad de que las mujeres puedan estar informadas y elegir el método que más se adapte a sus necesidades, valores y creencias.

Otro de los objetivos de esta revisión era comparar el proceso de duelo perinatal tras una IVE y un aborto espontáneo. Los resultados sobre si hay diferencia entre los dos tipos de pérdida o no fueron heterogéneos. Algunos estudios encontraron que la activación emocional y la sintomatología depresiva disminuyeron por igual en los meses posteriores en ambas pérdidas, mientras que en otros sí se evidenciaron diferencias significativas entre los diferentes tipos de pérdida. De esta forma, las mujeres tras una IVE experimentaron mayor evitación de pensamientos y sentimientos relacionados con el aborto, alivio, culpa y vergüenza durante los cinco años posteriores en comparación con las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo. Sin embargo, las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo experimentaron mayores sentimientos de duelo y pérdida.

Revisando la literatura previa, los metaanálisis de Major et al. (2000) y Coleman et al. (2009) y el estudio de Broen et al. (2004) respaldan este funcionamiento. Algo que puede dar explicación a la ya mencionada evitación en el aborto inducido es la invisibilización social de este tipo de duelo. Que las mujeres que se someten a una IVE sientan que no es legítimo experimentar emociones negativas tras este procedimiento, puede hacer que repriman cualquiera de estos sentimientos. Tal y como expone Coleman et al. (2009), “la sociedad entiende que las mujeres que tienen un aborto espontáneo puedan experimentar tristeza y dolor; sin embargo, el duelo después del aborto inducido está sancionado porque nuestra cultura no la reconoce como una muerte humana”. Además, expone que no hay oportunidades diseñadas para fomentar el proceso de duelo tras una IVE, probablemente debido a la creencia de que este tipo de pérdida perinatal no tiene consecuencias psicológicas adversas. No obstante, en el aborto espontáneo o en las IVEs terapéuticas, sí se dan este tipo de oportunidades; los profesionales sanitarios alientan a la mujer a que exprese cómo se

siente y se llevan a cabo rituales de despedida que ayudan en la elaboración del duelo. De esta forma, las mujeres que sufren una pérdida perinatal debido a un aborto espontáneo tienen la oportunidad de elaborar el duelo de forma inmediata y continuada al evento de la pérdida. Sin embargo, las mujeres que se someten a una IVE no sienten que tengan derecho a sufrir y a llorar la pérdida (Major et al., 2000) y en muchos casos los sentimientos como la culpa llegan de manera inesperada (Curley y Jonshton, 2014), dado que una IVE no está socialmente asociada a sentimientos de pérdida. Este hecho altera y alarga el duelo y explica que los efectos psicológicos de una IVE electiva puedan perdurar durante más tiempo que las emociones negativas de un aborto espontáneo (Coleman et al., 2009).

En suma, tanto el proceso de duelo tras una IVE como el de un aborto espontáneo tienen elementos comunes como la disminución de la activación emocional, la sintomatología depresiva o la ansiedad. No obstante, también tienen elementos diferenciales como los sentimientos de culpa, arrepentimiento, vergüenza y evitación a largo plazo en las IVEs. Además, será relevante prestar atención a la sintomatología a corto plazo tras la IVE dado que según Nazaré et al. (2014), es el mejor predictor del desarrollo del duelo perinatal a medio- largo plazo.

Limitaciones de la Revisión

A continuación van a exponerse las principales limitaciones halladas en los estudios seleccionados, para posteriormente manifestar las de este trabajo.

En lo que a limitaciones de los estudios respecta, gran parte de los estudios longitudinales utilizados en esta revisión no tienen un periodo de seguimiento a largo plazo. El seguimiento medio de los estudios ha sido de diez meses, lo cual hace que no se pueda estudiar la evolución de la sintomatología a largo plazo. Con respecto a la muestra, la mayoría de los estudios descartan a mujeres con problemas psicológicos previos u otras patologías, por lo que la evidencia recogida puede no resultar representativa para muchas

mujeres. Igualmente, escasos estudios recogen información más allá de la sociodemográfica, omitiendo información relevante sobre las circunstancias en las que se interrumpe el embarazo y que en este trabajo han mostrado ser de gran influencia en el posterior ajuste psicológico; si son embarazos deseados o no, la religiosidad, la razón por la que se decide abortar etc. Como consecuencia, las muestras de los estudios no son equivalentes entre sí y se compara el impacto psicológico de la IVE en mujeres que difieren en características relevantes para el estudio del duelo perinatal. En esa misma línea, la mayoría de las muestras de los estudios han sido recluidas mediante clínicas de atención post aborto o desde organizaciones similares, por lo que se entiende que la angustia psicológica observada en los resultados puede estar sesgada. Por tanto, en lo que a futuras líneas de investigación respecta, se considera necesario acotar la muestra de los estudios de forma que la experiencia de la IVE sea estudiada en muestras de mujeres con características similares y concretas. Además, sería interesante poder realizar investigaciones con periodos de seguimiento más largos en un futuro, de forma que el periodo de evaluación fuera desde antes de realizar la IVE hasta los años posteriores. De esta manera, dada la evidencia de que años más tarde hay síntomas que siguen presentes, podría estudiarse con mayor rigurosidad las manifestaciones del duelo perinatal a largo plazo.

En lo que a limitaciones de esta revisión se refiere, el criterio temporal de la selección de artículos hace que se hayan seleccionado estudios de hace casi dos décadas, siendo incluidos algunos estudios con diseños metodológicos poco actualizados. Además, únicamente han sido seleccionados artículos en inglés y español por lo que no se han podido recoger el total de los artículos que tratan esta temática. Del mismo modo, a la hora de la selección de artículos no se han tenido en cuenta criterios de calidad metodológica. Este estudio tampoco se ha ceñido a una muestra de mujeres de características concretas como un determinado rango de edad o una situación socioeconómica concreta. Esto ha podido influir

en que la evidencia obtenida sobre la experiencia de la IVE pueda no ser extrapolable a todos los casos.

Fortalezas e Implicaciones Clínicas

Según el Ministerio de Sanidad, en el año 2021 fueron 90.189 las mujeres que se sometieron a una IVE en el estado español y 987 en Navarra, la cifra más elevada desde el 2011. Esto hace que sean muchas las mujeres que se enfrentan a una situación estresante a la vez que vitalmente relevante en el país. Durante años no se ha contemplado que interrumpir voluntariamente un embarazo tuviera reacciones psicológicas adversas. No obstante, la evidencia científica actual confirma las respuestas psicológicas que conlleva la IVE a corto plazo y la influencia de estas a largo plazo, considerándose relevante el objeto de estudio de esta investigación. El vacío que deja la ausencia de un protocolo unificado de asistencia psicológica tras una IVE hace que reunir información sobre el desarrollo del duelo perinatal tras una IVE sea necesario. Esto, sumado a la creciente importancia que está adoptando la IVE en lo relativo a la legislación, hace que entender este tipo de duelo sea necesario para elaborar medidas más adecuadas para las mujeres.

De esta forma, haber indagado en las características del duelo perinatal tras una IVE y en los diferentes factores que lo modulan se traduce en diferentes aplicaciones clínicas. En primer lugar, los psicólogos que trabajen en contacto con mujeres que procedan a someterse a una IVE, deberán identificar cuáles serán las mujeres más tendentes a un peor ajuste psicológico. Para ello deberán tenerse en cuenta los factores de riesgo anteriormente descritos: sentir presión en la toma de decisión del aborto, sentir una conexión con el feto, falta de apoyo social y de pareja, un estado más avanzado del embarazo y sentimientos de culpa.

Una vez identificados, deberá establecerse un control de seguimiento más continuado, con la finalidad de poder hacer un seguimiento del proceso de duelo. Teniendo en cuenta que muchos de los factores de riesgo descritos pueden ser modificables, en caso de malestar psicológico prolongado, el psicólogo establecerá un plan de intervención, tratando de facilitar este proceso a las mujeres que estén manifestando dificultades. Las principales líneas de intervención podrían ser: validar las manifestaciones de duelo tras la IVE, la psicoeducación sobre el duelo perinatal tras una IVE en caso de evitación, la reestructuración cognitiva para los sentimientos de culpa o vergüenza en casos de sintomatología ansiosa o depresiva y el establecimiento de pautas de manejo por parte de la pareja.

Conclusiones

1. Los síntomas más comunes tras una IVE pertenecen mayormente a la dimensión emocional y estos son la culpa, la ansiedad, el duelo, la pérdida, la tristeza, el alivio, la evitación y los pensamientos intrusivos.
2. Los síntomas depresivos y ansiosos disminuyen con el tiempo, pero la evitación y la culpa perduran.
3. La culpa es un factor de riesgo clave en la aparición de sintomatología traumática y sentimientos de duelo.
4. La evitación es un modo de afrontamiento muy común en este tipo de duelo, lo que contribuye a que algunos síntomas se mantengan en el tiempo.
5. La culpa y la evitación en el duelo en las IVEs pueden estar relacionadas con que sea un duelo socialmente desautorizado, estigmatizado e invisibilizado.
6. El desarrollo del duelo perinatal depende de muchos factores, entre los que se destacan sentir presión para realizar la IVE, sentir una conexión con el feto, falta de apoyo social y de pareja, un estado más avanzado del embarazo y sentimientos de culpa previamente a la intervención.

7. La gran cantidad de factores que modulan la experiencia del duelo perinatal tras una IVE hace que sea una vivencia muy variable. Por tanto, no puede considerarse una experiencia negativa o positiva en sí misma.
8. El método por el que se realiza la IVE no ha mostrado tener relevancia en el posterior desarrollo de duelo. Sin embargo, que la mujer sea quién elige dentro de lo posible el método mediante el cual se realiza la IVE, contribuye positivamente en la elaboración del duelo.
9. El duelo en abortos espontáneos y en IVEs es similar a corto plazo dado que se da una reducción de la activación emocional con el paso de los días. No obstante, a largo plazo difieren en que en las IVEs, distintas emociones como la vergüenza, la culpa y la evitación perduran durante años.

Referencias Bibliográficas

- Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion: A feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>
- Álvarez M., Claramunt M. A., Carrascosa, L. G. y Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. OB STARE.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, DC. <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Anselmi, N., D'Aloise, A., Febo, R. D., Pezzuti, L., & Leone, C. (2018). Psychological implications of abortion: A longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion. *Rivista di Psichiatria*, 53(6), 324-330. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3084/articoli/30766/>
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI). (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado*. IVE [Archivo PDF]. <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
- Aznar, J., y Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
- Bagheri, L., Nazari, A. M., Chaman, R., Ghiasi, A., & Motaghi, Z. (2020). The Effectiveness of Healing Interventions for Post-Abortion Grief: A Systematic Review and

Metanalysis. *Iranian Journal of Public Health*, 49(3), 426- 436.

<https://doi.org/10.18502/ijph.v49i3.3123>

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Paidós.

Broen A. N., Moum T, Bodtke A. S. & Ekeberg O. (2004). Psychological impact on women of spontaneous abortion versus induced abortion: A 2- year follow-up study.

Psychosom Med, 66(2), 265-271.

<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d>

Broen, A. N., Moum, T., Bødtke, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study.

BMC Medicine, 3(18). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-18>

Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride: a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(9).

<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>

Burgoine, G. A., Van Kirk, S. D., Romm, J., Edelman, A. B., Jacobson, S. L., & Jensen, J. T. (2005). Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6), 1928-1932.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.064>

Campillo, G. A. G., Pichardo, M. A. S., Bravo, C. S., López, M. E. G., y Carmona, F. A. M. (2007). Eficiencia de la Derivación al Servicio de Psicología, dentro de un Programa Hospitalario de Pérdida Gestacional Recurrente. *Terapia Psicológica*, 25(2), 199-204.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525211>

- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's Psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 262-275.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2011.592974>
- Centro ASV. (2022). *El adiós antes del hola*. [Archivo PDF].
<http://www.infocoponline.es/pdf/el-adios-antes-del-hola-duelo-perinatal.pdf>
- Coleman, P. K., Boswell, K., Etzkorn, K., & Turnwald, R. (2017). Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 22(4), 113-118.
<https://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf>
- Coleman, P. K. (2009). The psychological pain of perinatal loss and subsequent parenting risks: Could induced abortion be more problematic than other forms of loss. *Current Women's Health Reviews*, 5(2), 88-99. <https://doi.org/10.2174/157340409788185785>
- Crandell, L. (2012). Psychological Outcomes of Medical Versus Surgical Elective First Trimester Abortion. *Nursing for Women's Health*, 16(4), 296-307.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01748.x>
- Curley, M., & Johnston, C. (2014). Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 304-320. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.879566>
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(3), 279-293. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0>

- Dykes, K., Slade, P., & Haywood, A. (2011). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: Women's views at menopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 93-112.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513046>
- Fernández Alcántara, M., Cruz Quintana, F., Pérez Marfil, N., y Robles Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Flórez, S. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 77-85.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>
- González A. M. (2018). De la desilusión a la esperanza. Superando una pérdida gestacional. *Archivos de la Memoria*, 15. <http://ciberindex.com/c/am/e01503>
- Hemmerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 23-31.
https://www.researchgate.net/publication/7780098_Emotional_impact_and_acceptability_of_medical_abortion_with_mifepristone_A_German_experience
- Henshaw, R., Naji, S., Russell, I., & Templeton, A. (1994). Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration a patient-centered, partially randomised prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(10), 812-818.
<https://doi.org/10.3109/00016349409072511>
- Johnson, J. E., Price, A. B., Kao, J. C., Fernandes, K., Stout, R., Gobin, R. L., & Zlotnick, C. (2016). Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal

- loss: A pilot randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 845-859. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0625-5>
- Kersting, A., Kroker, K., & Steinhard, J. (2006). Does abortion technique influence the course of perinatal grief in second trimester termination for fetal anomalies? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6), 1743-1744. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.220>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Kubany, E. S., & Ralston, T. C. (2006). Cognitive therapy for trauma-related guilt. In V. M. Follette, & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 2, 258–288.
- Kübler Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.
- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
- Lombardía Prieto, J. y Fernández Pérez, M. (2007). *Ginecología y obstetricia*. Médica Panamericana.
- López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S021157352011000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Lowenstein, L., Deutsch, M., Gruberg, R., Solt, I., Yagil, Y., Nevo, O., & Bloch, M. (2006).

Psychological distress symptoms in women undergoing medical vs. Surgical termination of pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 43-47.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.07.006>

Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L.

(2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: A qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234-239.

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015>

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F. y West, C. (2009).

Abortion and mental health. Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 9, 863-890. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0017497>

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R.

H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>

Mejías Paneque, M. C., García Gonzalez, S., y Duarte Gonzalez, L. (2019). *Guía clínica de abordaje del duelo perinatal*. Bubok Publishing S.L.

<https://elibro.net/es/ereader/upna/111784>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre*

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. [Archivo PDF].

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_IVE_Farmacologica_04-11-2022.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos Estadísticos*.

Tablas y Figuras.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/datosEstadisticos.htm#Tabla9>

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarró, M. C. (2013). Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: Actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 257-273.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.806789>

Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarró, M. C. (2014). Trauma Following Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality: Is This the Path From Guilt to Grief? *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 244-261. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.743335>

Oviedo Soto, S. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista mexicana de pediatría*, 76 (5), 215-219. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, et al. (2009). *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Blackwell Publishing Ltd.

Peppers L. (1987). Grief and elective abortion: breaking the emotional bond? *Omega-Journal of Death and Dying*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.2190/PJET-58E4-E8E2-40TY>

- Prommanart N, Phatharayuttawat S, Boriboonhirunsarn D & Sunsaneevithayakul P. (2004). Maternal grief after abortion and related factors. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(11), 1275- 1280.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=032ab41f9491cc7edb6479195b6ffa6fda0fd0b>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Rodríguez Pérez, M. Á., Prats Rodríguez, P., Fournier Fisas, S., Ricart Calleja, M., Echevarria Tellería, M., Comas Gabriel, C., y Serra Zantop, B. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico Prenatal*, 24(1), 11-14.
<https://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>
- Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas*. [Archivo PDF] <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>
- Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 506-517.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2012.654489>
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 10(10).

Santos, P., Yáñez, A., y Al-Adib, M. (2015). *Guía de atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud.*

<http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-dueloSES.pdf>

Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (1998). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: Choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(12), 1288-1295.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10007.x>

Umamita. (2020). *Tipos de pérdida y muerte perinatal.* <https://www.umamanita.es/tipos-de-perdida-embarazo-muerte-perinatal/>

Wallin Lundell, I., Georgsson Öhman, S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Nyberg, S., Sundström Poromaa, I., Sydsjö, G., Östlund, I., & Skoog Svanberg, A. (2013).

Posttraumatic stress among women after induced abortion: A Swedish multi-centre cohort study. *BMC Women's Health*, 13(52). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-52>

Williams C., Munson D., Zupancic J. & Kirpalani H. (2008) Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate care-A North American perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 13, 335–340.

<https://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.005>

Worden, J. W. (2010). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia.* Paidós.